



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Programa de formación dirigido a cuidadores de ancianos con Alzheimer en riesgo de desnutrición.

Training programme for caregivers of elderly people with Alzheimer's disease at risk of malnutrition.

Autor/es

Inés Royo Delgado.

Director/es

Antonio Manuel Sousa León.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de Zaragoza.

## ÍNDICE.

RESUMEN.....	3
ABSTRACT. ....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
OBJETIVO DEL TRABAJO .....	8
METODOLOGÍA. ....	8
DESARROLLO.....	11
A) OBJETIVOS DEL PROGRAMA .....	11
B) POBLACIÓN DIANA. ....	11
C) RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS .....	12
D) PRESUPUESTO.....	13
E) DESARROLLO DEL PROGRAMA .....	14
• DIAGNÓSTICO .....	15
• SESIONES. ....	17
G) CRONOGRAMA.....	24
H) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA .....	24
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	30
Anexo 1: MiniNutritional Assessment .....	30
Anexo 2: MECV-V Y EAT-10 .....	32
Anexo 3: Técnicas facilitadoras y maniobras posturales en pacientes con disfagia.....	33
Anexo 4: Pautas para una dieta hiperproteica .....	34
Anexo 5:Técnicas y estrategias para la elaboración de platos.....	36

## **RESUMEN.**

### **INTRODUCCIÓN.**

La enfermedad de Alzheimer provoca un deterioro cognitivo y cambios conductuales en los ancianos, que junto a los cambios fisiológicos asociados a la edad, el hecho de residir en una institución, y la alta prevalencia de disfagia en estos pacientes, afectan directamente a su estado nutricional. Enfermería dispone de conocimientos y medios para el correcto cuidado nutricional y disminuir así el riesgo de desnutrición.

### **OBJETIVO.**

Realizar un programa de formación enfocado a los cuidadores y familiares de los ancianos de la cuarta edad con Enfermedad de Alzheimer, que presenten riesgo de desnutrición, residentes en Zaragoza en el año 2019.

### **METODOLOGÍA.**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas web. Por otro lado se ha puesto en contacto con el equipo del área de nutrición del Hospital Universitario Miguel Servet. También se ha utilizado el libro NANDA/NOC/NIC para desarrollar los principales diagnósticos de enfermería. Se ha limitado la búsqueda desde el año 2014 al 2019, en 65 o más años, artículos completos disponibles en inglés y español, y en áreas de enfermería, neurología, nutrición y geriatría.

### **CONCLUSIONES.**

Mediante la formación sanitaria desde enfermería se adquieren conocimientos sobre el Alzheimer y su relación con la nutrición. Con la aplicación de técnicas orientadas a la disfagia y preparación de alimentos es posible llevar a cabo los cuidados nutricionales correspondientes en este perfil de anciano. Además, es fundamental la detección precoz del riesgo de desnutrición y disfagia, mediante métodos de cribado de los cuales enfermería dispone.

**PALABRAS CLAVE:** Alzheimer; desnutrición; valoración nutricional; anciano; enfermería.

## **ABSTRACT.**

### **INTRODUCTION.**

Alzheimer's disease causes cognitive impairment and behavioural changes in the elderly, which in addition to the physiological changes associated with age, the fact of residing in an institution, and the high prevalence of dysphagia in these patients; directly affect their nutritional status. Nursing has knowledge and means for proper nutritional care and thereby reduce the risk of malnutrition.

### **OBJECTIVE.**

To conduct a training programme focused on carers and relatives of elderly people of the fourth age with Alzheimer's disease, who are at risk of malnutrition, residing in Zaragoza in 2019.

### **METHODOLOGY.**

A bibliographic search has been carried out on different databases and web pages. On the other hand, the nutrition team of the Miguel Servet University Hospital has been contacted. The book NANDA/NOC/NIC was also used to develop the main nursing diagnoses. The search has been limited from 2014 to 2019, in 65 years or more, full articles available in English and Spanish, and in the areas of nursing, neurology, nutrition and geriatrics.

### **CONCLUSIONS.**

Through health training from nurses knowledge is acquired about Alzheimer's disease and its association with nutrition. With the application of techniques aimed at dysphagia and food preparation it is possible to carry out the corresponding nutritional care in this elderly profile. In addition, early detection of the risk of malnutrition and dysphagia through screening methods available to nurses is essential.

**KEY WORDS:** Alzheimer's; malnutrition; nutritional assessment; elderly; nursing.

## INTRODUCCIÓN.

El aumento continuo de la esperanza de vida conlleva un incremento en la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas en el grupo etario de las personas de la cuarta edad, así como de otras alteraciones propias de esta etapa de la vida (1).

Las demencias son unas de las patologías más frecuentes en los ancianos, y la enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de ellas (entre un 60-80% de los casos). Es una enfermedad neurodegenerativa, crónica y progresiva, cuyo síntoma principal es la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas, causando la pérdida de autonomía de los pacientes. En España, la prevalencia de la EA en mayores de 80 años es del 20%, afectando más a mujeres (2-6).

La atención a pacientes con EA requiere un abordaje multidisciplinar. La intervención más destacada en los estudios desde el campo de enfermería, es el desarrollo de estrategias de educación sanitaria dirigidas a cuidadores y familiares para disminuir la sobrecarga que puedan presentar y favorecer así la calidad del cuidado y de la vida. Enfermería debe proporcionarles recursos para adquirir conocimiento sobre la enfermedad, ya que es la primera necesidad de los cuidadores; así como técnicas para afrontar las actividades de la vida diaria, entre ellas la nutrición. Además, instruir sobre la disponibilidad y cómo acceder a los recursos y servicios que existen en la comunidad, como son la atención domiciliaria y la consulta telefónica. En la fase terminal de la EA, los cuidados deben encaminarse a mantener la dignidad humana, a evitar el dolor y la agonía (7-9).

Los cambios significativos de comportamiento en los pacientes con EA afectan a su alimentación, pudiendo resultar en un insuficiente suministro de nutrientes necesarios para mantener un buen estado nutricional. Hay que añadir el uso de ciertos medicamentos adaptados a la EA que aumentan el riesgo de efectos adversos en el tracto gastrointestinal, la disfunción causada por la baja ingesta de energía y el estado agudo de hipercatabolismo en este tipo de pacientes (10).

Por tanto, el estado nutricional en esta etapa de la vida juega un papel protagonista y el rol de enfermería en apostar por e inculcar buenas prácticas de nutrición para los pacientes es de suma importancia para su recuperación. La valoración nutricional es una herramienta por medio de la cual el profesional de enfermería logra un diagnóstico precoz, útil para la prevención y educación del adulto mayor con enfermedad crónica de una manera integral e individualizada (11-13).

La desnutrición en las personas mayores es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria. No se debe confundir el término desnutrición con malnutrición, esta última abarca por defecto o por exceso, desnutrición y obesidad respectivamente (14,15).

El instrumento más utilizado para la valoración del estado nutricional en el anciano es el Mininutritional Assessment (MNA); cuestionario que clasifica al paciente en tres categorías: desnutrido, en riesgo de desnutrición y con buen estado nutricional. Existe una forma abreviada *Short Form* (MNA-SF), que resulta de utilidad en pacientes con deterioro cognitivo, ya que no incluye preguntas subjetivas sobre la auto-percepción de salud y el estado nutricional. También se emplean técnicas como el cálculo del IMC y la evaluación de las medidas antropométricas (13,14,16,17)(ANEXO 1).

La pérdida de masa muscular e incremento de la grasa corporal, deshidratación, problemas con la dentición, alteraciones sensoriales en el gusto y el olfato, además de cambios en el metabolismo, son algunos factores asociados a la edad. Estos cambios fisiológicos provocan una disminución de la ingesta calórica diaria de aproximadamente un 30% a partir de los 80 años (11,18-20).

Hay que tener en cuenta también que el riesgo de desarrollar disfagia oscila entre el 50 y el 75% de los afectados de EA, y más del 60% de los sujetos institucionalizados o ancianos. La disfagia aumenta en gran medida el hecho de que la alimentación del anciano no cubra sus necesidades nutricionales y puede desencadenar complicaciones como la deshidratación, broncoaspiración y desnutrición (11, 18,19).

Enfermería, al tener conocimiento de los cambios a los que se enfrenta el adulto mayor durante el propio proceso de envejecimiento, podrá asesorar a los mismos y a sus cuidadores sobre las mejoras que se pueden realizar en la alimentación, introducir la adaptación de texturas, y resolver las complicaciones que se puedan ocasionar. Para la valoración de la deglución y detección de disfagia, enfermería dispone del método clínico estandarizado con diferentes volúmenes y viscosidades (MECVV); así como del EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) (ANEXO 2) (13,21).

La institucionalización se considera otro factor de riesgo en el estado nutricional de los pacientes con EA. Se estima que la incidencia de desnutrición en las residencias de mayores supera el 60%. Por otra parte, al ingresar al ámbito institucional, el anciano debe adaptarse a una alimentación que no es propia de su estilo de vida ni de sus hábitos. La falta de personal para cuidar y ayudar en el momento de la comida junto con la falta de apetito, conduce a una falta de interés del anciano por la comida. Además, se ha identificado un bajo consumo diario de proteínas, lo que se asocia con un peor mantenimiento de la masa muscular (15,17,21-23).

Se debe realizar una valoración nutricional completa al ingreso a la residencia. Es importante llevar un registro de aquellos residentes que tienen dificultades de masticación o deglución, así como de preferencias e intolerancias para poder adaptar la alimentación y conseguir una mayor aceptación de las comidas. La formación del personal encargado de la alimentación de los ancianos institucionalizados es un punto clave (23).

El perfil de anciano de edad superior a 80 años y con patología crónica de base como sería la Enfermedad de Alzheimer, se asocia con un patrón de paciente en riesgo de mal estado nutricional. La prevención de la desnutrición en estos pacientes requiere un abordaje multidisciplinar en el cuál la labor de enfermería cobra gran importancia. Es por ello que mediante la educación sanitaria, la valoración y diagnóstico precoz, además de los cuidados adecuados; se puede reducir la prevalencia del riesgo de desnutrición en estos pacientes.

## **OBJETIVO DEL TRABAJO.**

Realizar un programa de formación enfocado a los cuidadores y familiares de los ancianos de la cuarta edad con Enfermedad de Alzheimer, que presenten riesgo de desnutrición, residentes en Zaragoza en el año 2019.

## **METODOLOGÍA.**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas Pubmed, Dialnet, Scielo, Science Direct y en el metabuscador Google Académico. También se realizó la búsqueda en las páginas web de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Organización Mundial de la Salud (OMS), y Nestlé Nutrition Institute (NNI).

Se han utilizado los libros de enfermería NANDA, NIC Y NOC para realizar la valoración diagnóstica del personal incluido en el programa.

Además se obtuvo información proporcionada por la enfermera nutricionista del Hospital Universitario Miguel Servet, así como del endocrino que trabaja en su mismo equipo.

Los descriptores empleados han sido: Demencia; enfermedad de Alzheimer; cognición; ancianos; desnutrición; riesgo de desnutrición; estado nutricional; valoración nutricional; cuidados nutricionales; cuidados de enfermería; disfagia; MNA; institucionalización.

Se acotaron los resultados mediante los filtros: texto completo, años comprendidos desde el 2014 hasta 2019, en inglés y en español, se ajustó la edad a 65 o más años, y se seleccionaron las áreas de enfermería, nutrición y dietética, geriatría y neurología.



**TABLA 1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

<b>BASES DE DATOS Y METABUS-CADOR</b>	<b>ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA</b>	<b>LIMITACIONES</b>	<b>ARTICULOS SELECCIONADOS</b>	<b>ARTÍCULOS UTILIZADOS</b>
<b>PUBMED</b>	<b>-Alzheimer´s disease AND malnutrition.</b>  <b>-Nutrition care AND older adults.</b>	<b>-65 o más años.</b> <b>-Acceso abierto -2014-2019.</b> <b>-Inglés y español.</b> <b>-Área de geriatría.</b> <b>-Área de enfermería.</b>	<b>21</b>	<b>4</b>
<b>SCIENCE DIRECT</b>	<b>-Malnutrition risk AND older adults.</b>  <b>-Dysphagia AND nursing care AND malnutrition.</b>	<b>-Área de neurología.</b> <b>-Área de nutrición.</b>	<b>15</b>	<b>7</b>
<b>GOOGLE ACADÉMICO</b>	<b>-Desnutrición AND valoración nutricional.</b>  <b>Institucionalización AND adulto mayor.</b>		<b>13</b>	<b>4</b>
<b>DIALNET</b>	<b>Envejecimiento AND (educación nutricional OR</b>		<b>3</b>	<b>2</b>

	<b>cuidados nutricionales).</b>			
<b>SCIELO</b>	<b>-Nursing care AND Alzheimer.</b>  <b>-Dysphagia AND (dementia OR Alzheimer).</b>		<b>9</b>	<b>6</b>

## **DESARROLLO.**

### **A) OBJETIVOS DEL PROGRAMA.**

#### Objetivo general:

Prevenir que aumente el riesgo de desnutrición en aquellos pacientes con Alzheimer, mayores de 80 años y residentes en Zaragoza, que ya presenten dicho riesgo, mediante la formación de sus cuidadores y familiares.

#### Objetivos específicos:

1- Proporcionar información y conocimientos acerca de la enfermedad, así como herramientas para evitar complicaciones tales como desnutrición, atragantamientos y/o aspiraciones en pacientes con disfagia.

2- Facilitar mediante propuestas prácticas en la residencia correspondiente el desarrollo de intervenciones en la alimentación orientada a las características de este tipo de pacientes.

3- Introducir y dar a conocer la posibilidad de realizar la valoración nutricional por enfermería mediante los métodos de los que se dispone.

4-Educar e instruir a los cuidadores en el domicilio para el correcto abordaje del cuidado de la alimentación en los pacientes seleccionados.

### **B) POBLACIÓN DIANA.**

Los criterios de inclusión serán todos aquellos familiares o cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, mayores de 80 años, y que presenten riesgo de desnutrición. Se incluirán tanto los que trabajen en la residencia Ballesol de Zaragoza, como los que se encarguen de cuidar a los pacientes en el domicilio y que correspondan a la consulta de la enfermera encargada de elaborar el programa de formación.

La población seleccionada abarcará también al personal de cocina de la residencia, así como al equipo de enfermería del mismo centro de salud.

Se dejaran fuera del programa a aquellos enfermos en fase terminal.

En cuanto a la captación de pacientes, un mes antes del comienzo de las sesiones, se habrán detectado los casos en riesgo de desnutrición. La residencia proporcionará la información sobre casos con riesgo de desnutrición ya diagnosticado. En los pacientes correspondientes a la enfermera de Atención Primaria con estas características y de los cuales no se dispongan datos nutricionales, será ella misma la encargada de realizar la valoración nutricional mediante el MNA. Para ello, realizará en primer lugar el cribado: Consta de 6 ítems con los que se determina si la persona está bien nutrida (puntuación igual o mayor de 12), en cuyo caso no hay que continuar con el cuestionario, o en riesgo de desnutrición (puntuación inferior a 12), en cuyo caso se continúa con la evaluación. La segunda parte del MNA consiste en la evaluación global del estado nutricional.

Una vez seleccionados los casos que cumplan con los criterios de inclusión, se avisará a los familiares correspondientes para informarles de la posibilidad de asistir a la sesión, tanto de los pacientes en residencia como de aquellos familiares que les cuidan en el domicilio. Se realizará vía telefónica y/o por correo.

Los trabajadores de la residencia serán avisados por el coordinador de la misma, tras obtener permiso para llevar a cabo las sesiones. Lo mismo ocurrirá en el centro de salud, se emitirá un comunicado por correo al equipo de enfermería tras haber obtenido el permiso por parte de la coordinadora del centro para desarrollar la formación.

### **C) RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS.**

Para todas las sesiones se hará uso de ordenador, altavoz, y proyector, ya disponibles tanto en el centro de salud como en la residencia. Las aulas donde se llevarán a cabo las diferentes sesiones serán las de audiovisuales de ambos centros. El material utilizado constará de los utensilios de cocina necesarios para trabajar con el espesante (vasos, platos y cubiertos) así como de agua y un bote de 400g de espesante Resource

Clear. Para realizar la puesta en práctica de las maniobras posturales y técnicas facilitadoras para la deglución en la primera y cuarta sesión, se emplearán alimentos como vinagrillos y pan. La enfermera será la encargada de aportar dichos instrumentos en cada sesión. Además, se repartirán fotocopias en tres de las sesiones.

En cuanto a los recursos humanos, cada una de las sesiones será impartida por la enfermera de Atención Primaria que dirige el programa de formación, quien se encargará de preparar las diferentes presentaciones. Previamente habrá sido ella quien haya seleccionado a la población incluida en la formación, y se encargará de evaluar los resultados del programa una vez finalizado.

#### **D) PRESUPUESTO.**

Se ha realizado un coste estimado de las horas trabajadas por la enfermera, ya que realizar un programa de formación entra dentro de las competencias en su trabajo para Atención Primaria y se incluye en su nómina.

El coste estimado por las horas de formación sería de 25 euros por hora. Corresponderían al total del tiempo de las sesiones, cuatro horas. Hay que añadir las horas empleadas en la captación de pacientes que reúnan las características requeridas y en realizar la valoración nutricional a aquellos pacientes de los que no se disponen datos. Se suman también las horas de preparación de las presentaciones para las sesiones, búsqueda bibliográfica y de búsqueda del material, así como de evaluación del programa al finalizar. En total, unas 40 horas aproximadamente, con un coste de 20 euros la hora. El programa se realiza fuera del horario de su jornada laboral, por lo que no se precisa suplir su puesto de trabajo.

**TABLA 2: COSTE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN.**

<b>MATERIAL</b>	<b>COSTE</b>
<b>Ordenador, proyector y altavoz</b>	<b>Ya disponible en el centro.</b>
<b>Vasos, cubiertos y platos de plástico.</b>	<b>Pack de 100 unidades de cada pieza: 28,3 euros</b>
<b>Espesante</b>	<b>Resource espesante clear: 21 euros/400 g</b>
<b>Fotocopias (100 aproximadamente)</b>	<b>10 euros</b>
<b>Alimentos</b>	<b>Vinagrillos: 6 euros. Pan: 2 euros.</b>
<b>Enfermera</b>	<b>25 e/hora (coste estimado): 4 horas de formación, 100 euros. 20e/hora: 40 horas de preparación del programa, 800 euros.</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>967,3 EUROS.</b>

### **E) DESARROLLO DEL PROGRAMA.**

El programa de formación constará de 4 sesiones, desarrolladas e impartidas por la enfermera de Atención Primaria. Estarán dirigidas tanto a familiares y cuidadores de los pacientes seleccionados, como a los trabajadores de la residencia y enfermeras del centro de salud.

Se ha seleccionado la residencia Ballesol, en la Puerta del Carmen (Zaragoza). Barrio céntrico con gran número de población anciana. Cuenta con 110 plazas, además de disponer de un programa para personas con demencia en estado avanzado.

Tendrá una duración de cuatro semanas, impartiendo las sesiones todos los miércoles del mes de junio del año 2019. Se realizará en horario

de tarde, de seis a siete, excepto la formación dirigida a enfermería que tendrá lugar a las tres del mediodía, al finalizar el turno de trabajo.

Cada una de las sesiones tendrá componente teórico y práctico. Las explicaciones se acompañarán de una presentación en Power Point. Al finalizar la formación teórica, se procederá a poner en práctica lo explicado, mediante ejercicios dinámicos. De esta manera se evaluará si se han cumplido los objetivos propuestos con las actividades.

- **DIAGNÓSTICO.**

Los diagnósticos más frecuentes en relación con el riesgo de desnutrición y con las características de los pacientes seleccionados se han enfocado a cuidadores/familiares, y según la Taxonomía NANDA son los siguientes (24, 25,26):

- Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p verbalización del problema y realización inadecuada de los cuidados nutricionales.
- Desequilibrio nutricional por defecto r/c ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos e incapacidad para ingerir alimentos.
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c falta de experiencia con los cuidados y duración de la necesidad de cuidado.

**TABLA 3: DIAGNÓSTICOS NANDA.**

NANDA	NOC	INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<b>Conocimientos deficientes-00126</b>	Conocimientos: manejo de la enfermedad crónica (1847)	Estrategias para prevenir complicaciones (184707)	Educación para la salud (5510)  Enseñanza: grupo (5604)	-Aportar información sobre la enfermedad y cuidados nutricionales.  -Enseñar técnicas de cuidados para evitar complicaciones.
<b>Desequilibrio nutricional por defecto-00002</b>	Estado nutricional (1004)	Ingestión de alimentos (100402)	Manejo de la nutrición (1100)  Terapia de deglución (1860)	-Fomentar técnicas seguras de preparación de alimentos con el espesante.  -Enseñar estrategias de preparación de platos con los nutrientes adecuados.  -Proporcionar técnicas para facilitar la deglución.
<b>Riesgo de cansancio del rol del cuidador-00062</b>	Conocimientos: Proceso de la enfermedad (1803)	Complicaciones potenciales de la enfermedad (180309)	Enseñanza: grupo (5604)	-Instruir acerca de los cuidados nutricionales necesarios en relación a las posibles complicaciones de los pacientes.  -Enseñar a hacer uso del espesante en



	las comidas.
	-Facilitar estrategias para la preparación de platos adaptados a las características de los pacientes.

- **SESIONES.**

### ***SESIÓN 1.***

**TABLA 4: PRIMERA SESIÓN.**

<b>TÍTULO</b>	<b>Formación a cuidadores de la residencia y familiares.</b>
<b>OBJETIVO DE LA SESIÓN</b>	Proporcionar información y conocimientos acerca de la enfermedad, así como herramientas para evitar complicaciones tales como desnutrición, atragantamientos y/o aspiraciones en pacientes con disfagia.
<b>IMPARTICIÓN</b>	La sesión será llevada a cabo en la residencia Ballesol a las 18h del miércoles 5 de junio; por la enfermera de Atención Primaria.
<b>DURACIÓN</b>	Se impartirá la sesión en 45', dejando el tiempo necesario posteriormente para preguntas.
<b>ACTIVIDADES</b>	-Se darán a conocer los cambios nutricionales producidos en estos pacientes debido a la EA. -Se aportará información sobre los cuidados más

	importantes en el campo de la nutrición, así como del tipo de dieta más recomendable. Mediante teoría práctica, apoyándose en diapositivas y realizando ejemplos con un voluntario, se enseñarán técnicas facilitadoras y maniobras posturales para facilitar la deglución y evitar atragantamientos (ANEXO 3).
<b>OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES</b>	-Ampliar conocimientos sobre la enfermedad. -Formar a familiares y cuidadores de la residencia para que lleven a cabo los cuidados explicados.
<b>RECURSOS Y MATERIALES</b>	Sala de audiovisuales de la residencia, proyector, Power Point, espesante, cubiertos, vasos, platos y servilletas. Para realizar las técnicas deglutorias se aportarán alimentos: vinagrillos y pan.
<b>EVALUACIÓN</b>	Práctica por parejas de los ejercicios para facilitar la deglución.

## **SESIÓN 2.**

**TABLA 5: SEGUNDA SESIÓN.**

<b>TÍTULO</b>	<b>Formación al personal encargado de cocina en la residencia.</b>
<b>OBJETIVO DE LA SESIÓN</b>	Facilitar mediante propuestas prácticas en la residencia correspondiente el desarrollo de intervenciones en la alimentación orientada a las características de este tipo de pacientes.
<b>IMPARTICIÓN</b>	La sesión tendrá lugar en la residencia Ballesol, en horario de tarde del día 12 de junio, entre la merienda y la cena (18-19h). Será llevada a cabo por la enfermera de Atención Primaria.
<b>DURACIÓN</b>	La formación durará 45', y se dejará tiempo para dudas.

<b>ACTIVIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informar sobre las necesidades nutricionales de los pacientes incluidos en el programa, haciendo hincapié en la ingesta aumentada de proteínas y como añadir más cantidad de estas a los platos. Enseñar a utilizar el espesante para cambiar la consistencia de los platos.</li> <li>- Se expondrán diferentes formas de cocinar platos para mejorar su apariencia y sabor.</li> </ul>
<b>OBJETIVO DE LAS ACTIVIDADES.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Puesta en práctica por parte de los cocineros de las técnicas aprendidas: aumentar la cantidad de proteínas en cada ración de comida y usar el espesante.</li> <li>-Aplicar las estrategias obtenidas a la hora de elaborar los platos de comida.</li> </ul>
<b>RECURSOS Y MATERIALES</b>	Sala de audiovisuales de la residencia Ballesol, power point, proyector, cubiertos, platos, espesante, fotocopias y agua.
<b>EVALUACIÓN</b>	Comprobar que han entendido como usar el espesante mediante la valoración de la puesta en práctica.

La segunda sesión del programa estará dirigida al personal de cocina de la residencia Ballesol. El objetivo de esta sesión es facilitar mediante propuestas prácticas el desarrollo de intervenciones en la alimentación orientada a las características de los pacientes.

La formación será llevada a cabo por la enfermera de Atención Primaria. Se realizará el 12 de junio, en horario de tarde, a las seis. El equipo de cocina será reunido en la sala de audiovisuales, tras haber sido avisado con antelación por el coordinador de la residencia. Tendrá una duración de cuarenta y cinco minutos, y se dejará posteriormente tiempo para resolver dudas.

En cuanto a las actividades propuestas, se comenzará explicando las necesidades nutricionales más importantes en los pacientes ancianos con EA. La exposición se ayudará de una presentación en Power Point. El primer punto a destacar será la disminución de la salivación y de la percepción de los olores y sabores, lo que genera rechazo a la comida. Debido a que las

necesidades energéticas están incrementadas, se deben aportar los nutrientes y calorías adecuadas; fuente de hidratos, grasas y proteínas correspondientes en cada comida.

Se recalcará la importancia del aporte extra de proteínas en las comidas, para ello se repartirán fotocopias con las pautas básicas y estrategias, que servirán de apoyo para la explicación. Además se adjuntará una fotocopia plastificada para dejar colgada en la cocina de la residencia (ANEXO 4).

El objetivo de esta actividad es que apliquen las ideas enseñadas y aumenten la cantidad de proteínas en cada ración de comida.

La segunda parte de la sesión irá dirigida a la importancia de ingerir una suficiente cantidad de líquidos. Es muy probable que estos pacientes presenten dificultad para tragar, por lo que se explicará la utilidad del espesante y como hacer uso de él. También se aportarán estrategias para la preparación de los alimentos con el espesante.

La enfermera adjuntará el bote del espesante, así como los utensilios necesarios para trabajar con él. La explicación será teórico-práctica. Se añadirá a un vaso vacío de plástico de 200 ml la cantidad de espesante necesaria para conseguir la densidad requerida (2 cacitos para sustancia néctar, la más líquida; 4 cacitos para espesura miel; y 6 cacitos para pudín, la más sólida). Se añadirá posteriormente agua a la vez que se va removiendo, hasta conseguir una mezcla homogénea. Una vez conseguida la espesura deseada, la mezcla está lista para tomar.

Un cazo corresponde a 1,2 g aproximadamente, y el número de cucharadas o cazos empleados para cada densidad son proporcionales a 200 ml; por lo que para cada plato se deberá aportar la cantidad correspondiente.

Se continuará explicando la posibilidad de calentar la mezcla una vez realizada, pero no añadir más cantidad una vez espesada. El espesante se deberá guardar en un lugar fresco y sin humedad. El tiempo de espera varía entre treinta segundos hasta varios minutos en función del líquido a espesar.

Los cocineros procederán a realizar la técnica, de esta forma se evaluará el conocimiento adquirido.

Posteriormente, se darán ideas para utilizar el espesante en la preparación de platos mediante fotos y videos de la presentación. Algunos ejemplos serían: Añadir espesante a purés, sopas, y salsas.

El objetivo de esta actividad es aprender a usar el espesante para posteriormente poder emplearlo a la hora de elaborar las comidas.

La última parte de la sesión se centrará en mostrar recursos para mejorar la apariencia de los platos, el sabor y facilitar la deglución en aquellos pacientes con disfagia. La explicación será teórica y apoyada con fotos, se repartirá una fotocopia con varias pautas e ideas para ello (ANEXO 5). El objetivo es que entiendan y adopten estas estrategias para elaborar los platos.

Los recursos materiales empleados serán el ordenador, proyector y sala de audiovisuales. Para enseñar a usar el espesante, la enfermera adjuntará un bote de 400 gramos del espesante Resource Clear, así como vasos de plástico y cubiertos. Las técnicas enseñadas estarán plasmadas en las fotocopias repartidas. En cuanto a recursos humanos, la enfermera de Atención Primaria será la encargada de impartir la sesión y preparar la presentación.

### **SESIÓN 3.**

**TABLA 6: TERCERA SESIÓN.**

<b>TITULO</b>	<b>Formación al personal sanitario enfermero del centro de salud.</b>
<b>OBJETIVO DE LA SESIÓN</b>	Introducir y dar a conocer la posibilidad de realizar la valoración nutricional por enfermería mediante los métodos de los que se dispone.

<b>IMPARTICIÓN</b>	Se realizará en el centro de salud, en la sala de reuniones, por la enfermera que dirige el programa de formación. Será al medio día, después de finalizar la jornada laboral a las tres, el 19 de junio. Estará enfocado al personal sanitario enfermero del centro de salud que desee asistir.
<b>DURACIÓN</b>	30 ´ de explicación y tiempo para diálogo y dudas.
<b>ACTIVIDADES</b>	Se explicarán las diferentes técnicas que enfermería puede utilizar para valorar el estado nutricional en los ancianos. La sesión estará centrada en el MNA y el MEC-V. Se incidirá en la importancia de un diagnóstico precoz de riesgo de desnutrición en los pacientes con las mismas características.
<b>OBJETIVO DE LAS ACTIVIDADES</b>	Despertar el interés por la utilización de los métodos explicados, y aprender a hacer uso de ellos por parte de las enfermeras.
<b>RECURSOS Y MATERIALES</b>	Sala de reuniones, proyector, diapositivas y fotocopias con el cuestionario MNA y MEC-V.
<b>EVALUACIÓN</b>	Comprobar después de la explicación que han entendido como usar los cuestionarios mediante una ronda de preguntas.

#### **SESIÓN 4.**

**TABLA 7: CUARTA SESIÓN.**

<b>TÍTULO</b>	<b>Formación a cuidadores y familiares en el domicilio.</b>
<b>OBJETIVO DE</b>	Educar e instruir a los cuidadores en el domicilio para el

<b>LA SESIÓN.</b>	correcto abordaje del cuidado de la alimentación en los pacientes seleccionados.
<b>IMPARTICIÓN</b>	La sesión tendrá lugar en el centro de salud, en la sala de audiovisuales, el día 26 de junio a las cuatro de la tarde. La llevará a cabo la enfermera de Atención Primaria.
<b>DURACIÓN</b>	La formación durará 1h y 15'. Se dejará tiempo para resolver dudas.
<b>ACTIVIDADES</b>	Se realizarán las actividades de las sesiones 1 y 2 en conjunto.
<b>OBJETIVO DE LAS ACTIVIDADES</b>	<p>-Ampliar conocimientos sobre la enfermedad y sobre el estado nutricional de los pacientes.</p> <p>-Disminuir la carga y el estrés de los cuidadores y familiares mediante la aportación de estrategias para cuidar a este tipo de pacientes.</p> <p>-Poner en práctica las técnicas y cuidados explicados y orientados a la alimentación; así como mejorar la calidad de los mismos.</p>
<b>RECURSOS Y MATERIALES</b>	Sala de audiovisuales, proyector y power point, fotocopias con las pautas de proteínas, espesante, cubiertos, platos, vasos y agua.
<b>EVALUACIÓN</b>	Se practicarán los ejercicios para facilitar la deglución, y se pondrá en práctica el uso del espesante.

## G) CRONOGRAMA.

**TABLA 8: Cronograma del programa de formación.**

<b>DURACIÓN</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>
<b>CAPTACIÓN</b>					
<b>PREPARACIÓN</b>					
<b>SESIONES</b>					
<b>EVALUACIÓN</b>					

## H) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

Para valorar la eficacia del programa, pasados tres meses desde la última sesión, se realizará un nuevo cribado nutricional en los pacientes incluidos en el programa empleando el MNA. Será realizado por la misma enfermera de Primaria encargada de la formación. De esta manera se comprobará cómo ha evolucionado su estado de nutrición. Se considerará una evolución positiva si aún manteniendo el riesgo de desnutrición, han obtenido una puntuación mayor en el MNA. Al ser la EA una enfermedad crónica y progresiva, la posibilidad de eliminar el riesgo de desnutrición presente es difícil. Se considerará una evolución negativa si la puntuación obtenida es menor en comparación con la que presentaban al inicio del programa de formación.



## **CONCLUSIONES.**

- La información de la que disponen cuidadores y familiares sobre el estado nutricional de los pacientes con enfermedad de Alzheimer es escasa, al igual que de las complicaciones que presentan a la hora de la alimentación.
- Mediante la educación sanitaria, enfermería puede cubrir la necesidad de información y formar en técnicas de cuidados necesarios para una correcta y segura alimentación.
- El estado nutricional deficitario se puede prevenir mediante un diagnóstico precoz, enfermería dispone de las habilidades y medios necesarios para detectar el riesgo de desnutrición en pacientes con Alzheimer.
- A través de la obtención de estrategias de cuidado, como las maniobras para facilitar la deglución o pautas de preparación de alimentos adecuadas a las características de los pacientes, se reduce la sobrecarga de los cuidadores en el domicilio.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1) Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica Mundo de la Investigacion y el Conocimiento. 2017;1(4):45-59.
- 2) Matías Molina D. El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. Rev Med Clin Condes. 2016;27(3):319-331.
- 3) Garre Olmo J. Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias. Rev Neurol. 2018;66(11):377-386.
- 4) Amador Marín B, Guerra Martín MD. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Gac Sanit. 2017;31(2):154-60.
- 5) Hernando Requejo V. Nutrición y deterioro cognitivo. Nutr Hosp. 2016;33:49-52.
- 6) Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa M, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. Neurología. 2018;33(8):491-8.
- 7) Navarro Martínez M, Jiménez Navascués L, García Manzanares MC, Perosanz Calleja M, Blanco Tobar E. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. Gerokomos. 2018; 29(2): 79-82.

- 8) García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. RqR Enfermería Comunitaria. 2017; 5(3): 30-44.
- 9) Álvarez Martín, C. Cuidados paliativos con el enfermo de Alzheimer en fase terminal. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 2016; 34 (2):126-139.
- 10) Bertolucci PHF, Pivi GAK, da Ponte JB, de Moraes DSC, Vieira NM de A. Nutritional management for Alzheimer's disease in all stages: mild, moderate, and severe. Nutrire. 2017;42(1):1-6.
- 11) Reed Mangels A. CE: Malnutrition in Older Adults. Am J Nurs. 2018; 118(3):34-41.
- 12) Correia MI, Reefat Hegazi A, Higashiguchi T, Michel JP, Ravinder Reddy B, Tappenden KA, et al. Evidence-based recommendations for addressing malnutrition in health care: An updated strategy from the feedM.E. global study group. JAMDA. 2014; 15(8):544-550.
- 13) Alvarado García A, Lamprea Reyes L, Murcia Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enfermería Univ. 2017; 14(3):199-206.
- 14) Molés Julio MP, Clavero Esteve A, Macia Soler ML. Nutritional status and factors associated with non-institutionalized people over 75 years of age. Rev Bras Enferm. 2018;71(3):1007-1012.

- 15) Paino Pardal L, Poblet i Montells L, Ríos Álvarez L. The elderly living alone and malnutrition. SOLGER Study. Aten Primaria. 2017; 49(8):450-458.
- 16) Castillo JT, Guerra Ramírez M, Carbonell A, Ghisays López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2017; 13(5):360-366.
- 17) Muñoz Díaz B, Arenas de Larriva AP, Molina-Recio G, Moreno-Rojas R, Martínez de la Iglesia J. Study of the nutritional status of patients over 65 years included in the home care program in an urban population. Aten Primaria. 2018; 50(2):88-95.
- 18) Baena González M, Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. Nutr Hosp. 2016;33(3):739-748
- 19) Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, Bernardo Pajares M, Calvo Morcuende B, García Meana JF. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. Gerokomos. 2016;27(4):147-152.
- 20) López Lirola EM, Iríbar Ibabe MC, Peinado Herreros JM. La circunferencia de la pantorrilla como marcador rápido y fiable de desnutrición en el anciano que ingresa en el hospital: relación con la edad y sexo del paciente. Nutr. Hosp. 2016; 33(3):565-571.
- 21) Fernández-Rosati J, Lera L, Fuentes-López E, Albala C. Validation of the eat-10 score to detect dysphagia in older people. Rev Med Chil. 2018;146(9):1008-1015.

- 22) Aspray TJ, Ter Borg S, Bauer JM, McPhee JS, Hill TR, Cederholm T, et al. Nutritional status, body composition, and quality of life in community-dwelling sarcopenic and non-sarcopenic older adults: A case-control study. Clin Nutr. 2015; 36(1):267-74.
- 23) Berriel E, Calvo S. Cuidado nutricional del adulto mayor institucionalizado. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2016; 4(2):45-53.
- 24) Henderman TH, Kamitsuru S. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- 25) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- 26) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.


## ANEXOS.

### ANEXO 1: Valoración nutricional con el MiniNutritional Assessment (MNA) y Mininutritional Assessment Short Form (MNA-SF).

#### IMAGEN 1: MNA.

# Mini Nutritional Assessment

## MNA<sup>®</sup>



Last name:		First name:	
Sex:	Age:	Weight, kg:	Height, cm:
Date:			

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers.  
Add the numbers for the screen. If score is 11 or less, continue with the assessment to gain a Malnutrition Indicator Score.

Screening
<b>A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?</b> 0 = severe decrease in food intake 1 = moderate decrease in food intake 2 = no decrease in food intake
<input type="checkbox"/>
<b>B Weight loss during the last 3 months</b> 0 = weight loss greater than 3kg (6.6lbs) 1 = does not know 2 = weight loss between 1 and 3kg (2.2 and 6.6 lbs) 3 = no weight loss
<input type="checkbox"/>
<b>C Mobility</b> 0 = bed or chair bound 1 = able to get out of bed / chair but does not go out 2 = goes out
<input type="checkbox"/>
<b>D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months?</b> 0 = yes      2 = no
<input type="checkbox"/>
<b>E Neuropsychological problems</b> 0 = severe dementia or depression 1 = mild dementia 2 = no psychological problems
<input type="checkbox"/>
<b>F Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m<sup>2</sup>)</b> 0 = BMI less than 19 1 = BMI 19 to less than 21 2 = BMI 21 to less than 23 3 = BMI 23 or greater
<input type="checkbox"/>
<b>Screening score (subtotal max. 14 points)</b> 12-14 points: Normal nutritional status 8-11 points: At risk of malnutrition 0-7 points: Malnourished For a more in-depth assessment, continue with questions G-R
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Assessment
<b>G Lives independently (not in nursing home or hospital)</b> 1 = yes      0 = no
<input type="checkbox"/>
<b>H Takes more than 3 prescription drugs per day</b> 0 = yes      1 = no
<input type="checkbox"/>
<b>I Pressure sores or skin ulcers</b> 0 = yes      1 = no
<input type="checkbox"/>

<b>J How many full meals does the patient eat daily?</b> 0 = 1 meal 1 = 2 meals 2 = 3 meals	<input type="checkbox"/>
<b>K Selected consumption markers for protein intake</b> • At least one serving of dairy products (milk, cheese, yoghurt) per day      yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Two or more servings of legumes or eggs per week      yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Meat, fish or poultry every day      yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = if 0 or 1 yes 0.5 = if 2 yes 1.0 = if 3 yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>L Consumes two or more servings of fruit or vegetables per day?</b> 0 = no      1 = yes	<input type="checkbox"/>
<b>M How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk...) is consumed per day?</b> 0.0 = less than 3 cups 0.5 = 3 to 5 cups 1.0 = more than 5 cups	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>N Mode of feeding</b> 0 = unable to eat without assistance 1 = self-fed with some difficulty 2 = self-fed without any problem	<input type="checkbox"/>
<b>O Self view of nutritional status</b> 0 = views self as being malnourished 1 = is uncertain of nutritional state 2 = views self as having no nutritional problem	<input type="checkbox"/>
<b>P In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his / her health status?</b> 0.0 = not as good 0.5 = does not know 1.0 = as good 2.0 = better	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Q Mid-arm circumference (MAC) in cm</b> 0.0 = MAC less than 21 0.5 = MAC 21 to 22 1.0 = MAC 22 or greater	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>R Calf circumference (CC) in cm</b> 0 = CC less than 31 1 = CC 31 or greater	<input type="checkbox"/>
<b>Assessment (max. 16 points)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Screening score</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Total Assessment (max. 30 points)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Malnutrition Indicator Score**

24 to 30 points	<input type="checkbox"/>	Normal nutritional status
17 to 23.5 points	<input type="checkbox"/>	At risk of malnutrition
Less than 17 points	<input type="checkbox"/>	Malnourished

**References**

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2008; 10:455-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2008; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M  
For more information: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Fuente: Nestlé Nutrition Institute.

## IMAGEN 2:MNA-SF

### Mini Nutritional Assessment

**MNA<sup>®</sup>**

**Nestlé  
Nutrition Institute**

Last name:	<input type="text"/>	First name:	<input type="text"/>
Sex:	<input type="text"/>	Age:	<input type="text"/>
Weight, kg:	<input type="text"/>	Height, cm:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers. Total the numbers for the final screening score.

#### Screening

**A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?**  
 0 = severe decrease in food intake  
 1 = moderate decrease in food intake  
 2 = no decrease in food intake ☐

**B Weight loss during the last 3 months**  
 0 = weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs)  
 1 = does not know  
 2 = weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs)  
 3 = no weight loss ☐

**C Mobility**  
 0 = bed or chair bound  
 1 = able to get out of bed / chair but does not go out  
 2 = goes out ☐

**D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months?**  
 0 = yes 2 = no ☐

**E Neuropsychological problems**  
 0 = severe dementia or depression  
 1 = mild dementia  
 2 = no psychological problems ☐

**F1 Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m<sup>2</sup>)** ☐  
 0 = BMI less than 19  
 1 = BMI 19 to less than 21  
 2 = BMI 21 to less than 23  
 3 = BMI 23 or greater ☐

IF BMI IS NOT AVAILABLE, REPLACE QUESTION F1 WITH QUESTION F2.  
 DO NOT ANSWER QUESTION F2 IF QUESTION F1 IS ALREADY COMPLETED.

**F2 Calf circumference (CC) in cm**  
 0 = CC less than 31  
 3 = CC 31 or greater ☐

**Screening score**  
 (max. 14 points) ☐ ☐

**12-14 points:** ☐ Normal nutritional status  
**8-11 points:** ☐ At risk of malnutrition  
**0-7 points:** ☐ Malnourished

Save

Print

Reset

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA<sup>®</sup> - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA<sup>®</sup>-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M  
 For more information: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Fuente: Nestlé Nutrition Institute.

## ANEXO 2: MECV-V Y EAT-10.

Para evaluar el proceso deglutorio y valorar la presencia de signos clínicos de disfagia se utiliza el Método de Exploración Clínico Volumen-Viscosidad (MECV-V).

Existe otro método más subjetivo, el EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) permite evaluar los síntomas de la disfagia que el paciente percibe.

### IMAGEN 3: EAT-10.

**Nestlé Nutrition Institute** EAT-10: A Swallowing Assessment Tool  
Despistaje de la Disfagia

APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD	FECHA
-----------	--------	------	------	-------

**OBJETIVO:**  
El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.  
Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

**A. INSTRUCCIONES**  
Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.  
¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

<b>1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>	<b>6. Tragar es doloroso.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>
<b>2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>	<b>7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>
<b>3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>	<b>8. Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>
<b>4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>	<b>9. Toso cuando como.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>
<b>5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>	<b>10. Tragar es estresante.</b> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	<input type="text"/>

**B. PUNTUACIÓN**  
Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.  
**Puntuación total** (máximo 40 puntos)

**C. QUÉ HACER AHORA**  
Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otology Rhinology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24.

Fuente: Nestlé Nutrition Institute.



### ANEXO 3: Técnicas facilitadoras y maniobras posturales en pacientes con disfagia.

Imagen 4: Técnicas facilitadoras.

<b>Técnica</b>	<b>Indicaciones</b>
Biorretroalimentación: aumenta el componente voluntario.	Aclaramiento faríngeo reducido.
Estimulación térmica / táctil: estímulo frío o táctil de los pilares anteriores de la faringe.	Respuesta faríngea tardía o ausente.
Estimulación gustativa: el bolo agrio facilita la respuesta deglutoria.	Accidentes cerebrovasculares, corea de Huntington


Imagen 5: Maniobras posturales

<b>Maniobras</b>	<b>Indicaciones</b>
Mentón hacia abajo: aumenta el espacio vallecular, conduce la base de la lengua y posteriormente la epiglotis.	Retraso en la respuesta faríngea y movimientos de la base de la lengua reducidos.
Cabeza hacia atrás: la gravedad ayuda a limpiar la cavidad oral.	Dificultad en la fase oral de la deglución.
Cabeza inclinada hacia el lado dañado: estrecha la entrada hacia la laringe, aumenta el cierre de las cuerdas vocales por la presión extrínseca del cartilago tiroideo y elimina el paso del bolo alimentario por el lado lesionado.	Debilidad / disfunción faríngea o debilidad laríngea unilateral.
Cabeza inclinada hacia el lado sano: dirige el bolo alimentario hacia el lado con la fuerza conservada.	Debilidad faríngea unilateral.
Decúbito lateral inclinado: elude el vestibulo laríngeo.	Trastorno faríngeo bilateral o elevación laríngea reducida.

Fuente: Barbié Rubiera A, Marcos Plasencia L, Aguilera Martínez Y. Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. MediSur. 2009; 7( 1 ):36-44.

## ANEXO 4: Pautas para una dieta hiperproteica.

**IMAGEN 6: Fotocopia de indicaciones para añadir más cantidad de proteínas a las comidas.**



**salud**  
servicio aragón  
de salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET  
Avda. Isabel La Católica, 1. 50009 Zaragoza  
Tfno. 976 76 55 00

Enfermería Unidad de Nutrición HUMS 2018

**CONSEJOS DIETÉTICOS PARA ENRIQUECER LA DIETA EN PROTEÍNAS**

Es importante que tome una dieta enriquecida en proteínas para una correcta recuperación tras un proceso agudo o para mantener un adecuado estado nutricional durante una enfermedad crónica.

Los alimentos más ricos en proteínas son: las claras de huevo, la carne, el pescado, las legumbres y los embutidos magros (jamón, lomo embuchado...)

- Coma 4 – 6 veces al día (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena; antes de acostarse).
- Prepare los alimentos que más le gusten y que le resulten más sabrosos.
- Debe comer algún alimento proteico en cada una de las tomas del día.
- Comience siempre por el segundo plato ya que es el que aporta más proteínas.
- Los purés deben prepararse triturando primero el alimento proteico (carne, huevo, pescado) y añadiendo después las verduras o legumbres necesarias para completar la ración.

**CONSEJOS PARA ENRIQUECER LA DIETA EN PROTEÍNAS**

Alimentos y platos	Para aumentar proteínas AÑADIR:
Leche, yogur y zumo de frutas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leche líquida o en polvo</li> <li>• Frutos secos picados o triturados</li> </ul>
Sopas y caldos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Queso rallado, leche en polvo</li> <li>• Huevo rallado o a trocitos</li> <li>• Frutos secos en polvo</li> </ul>
Consomés, cremas y purés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leche líquida o en polvo, queso rallado o en polvo</li> <li>• Huevo cocido triturado</li> <li>• Carne cocida triturada</li> <li>• Legumbres trituradas</li> <li>• Frutos secos triturados o en polvo</li> </ul>
Postres diversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leche líquida o en polvo</li> <li>• Frutos secos picados, triturados o en polvo</li> </ul>
Carnes y pescados (Especialmente: Pollo, pavo, ternera y pescados blancos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empanados y rebozados con huevo</li> <li>• Sumergirlos en leche antes de cocinarlos.</li> <li>• Troceados o triturados en platos de verdura, ensaladas, salsas, sopas, cremas, etc.</li> <li>• Como relleno en tortillas, patatas, berenjenas, calabacines, al horno...</li> <li>• En potajes y cocidos de legumbres...</li> <li>• Utilizar sofritos de chorizo o jamón con legumbres, pasta, patatas, arroz</li> </ul>

\* Si tuviera diabetes o intolerancia a la glucosa, evitar los productos dulces y utilizar edulcorantes



#### OPCIONES DE DESAYUNO EN LA DIETA HIPERPROTEICA

Opción 1	Leche sola/café/cacao soluble y azúcar o yogur Pan con aceite de oliva o mantequilla y jamón cocido/jamón serrano/pavo Zum natural o fruta entera o licuada
Opción 2	Leche sola/café/cacao soluble y azúcar o yogur Pan y queso de Burgos Zum natural o fruta entera o licuada
Opción 3	Leche sola/café/cacao soluble y azúcar o yogur Cereales de desayuno con frutos secos Zum natural o fruta entera o licuada
Opción 4	Infusión con azúcar Pan con tortilla de clara de huevo y jamón cocido/jamón serrano/pavo Zum natural o fruta entera o licuada
Opción 5	Batido de leche o yogur con fruta Pan blanco con requesón y mermelada

#### OPCIONES DE MEDIA MAÑANA EN LA DIETA HIPERPROTEICA

Opción 1	Leche o yogur con muesli Pan con queso/jamón cocido/ jamón serrano/ pavo
Opción 2	Yogur con frutos secos

#### OPCIONES DE MERIENDA EN LA DIETA HIPERPROTEICA

Opción 1	Leche sola/café/cacao soluble y azúcar o yogur Cereales de desayuno con frutos secos
Opción 2	Queso fresco Pan Zum natural o fruta entera o licuada
Opción 3	Yogur Frutos secos
Opción 4	Infusión o zumo natural Pan con jamón cocido/ jamón serrano/ pavo

#### MENÚS DE COMIDAS Y CENAS EN LA DIETA HIPERPROTEICA

Los menús para comidas y cenas son los mismos que los de la dieta equilibrada, con la salvedad de que para aumentar las proteínas, se seguirán las recomendaciones adjuntas y el postre siempre estará constituido (en comida y cena) por una **pieza de fruta y un lácteo** (queso, yogur, cuajada, etc).

Fuente: Unidad de nutrición y dietética del Hospital Universitario Miguel Servet.

## **ANEXO 5: Ficha con técnicas y estrategias para elaboración de platos adaptados a las características de los pacientes.**

**TABLA 9: Pautas para la elaboración de alimentos adecuados a las complicaciones nutricionales de los pacientes.**

<b>-Cocinar el pescado con salsas para aportar más sabor y jugosidad, troceado y sin espinas.</b>
<b>-La carne es preferible elegir pollo, pavo o conejo. Escoger cortes magros sin cartílagos ni grasas. Para que no resulte seca, guisar con salsas. Prepararla picada o troceada.</b>
<b>-Las tortillas son una fuente muy buena de proteínas, para aumentar el sabor se pueden acompañar de verduras picadas.</b>
<b>-Emplee hierbas aromáticas y especias variadas para aumentar el sabor de los platos.</b>
<b>-La fruta se puede preparar en forma de compota o zumos, añadiendo varias piezas, y empleando el espesante.</b>
<b>-A la hora de preparar legumbres, añadir arroz, patata o verduras. Pasar por la licuadora para prevenir molestias digestivas y quitar la piel para facilitar la deglución.</b>
<b>-En el desayuno si el pan les resulta muy seco, sustituir por papillas de cereales. No está de más disponer de potitos.</b>
<b>-En los casos con más dificultades para tragar, los alimentos más recomendables son: pasta, lácteos, vegetales cocinados, pescado cocido, carne picada, sopas y cremas. No servir comidas con dos texturas diferentes, sólido y líquido (por ejemplo, sopa con tropezones, o yogur con trozos de fruta), por el peligro de atragantamiento.</b>
<b>- Es mejor que las raciones sean pequeñas y nutritivas, concentrando todos los nutrientes en poca cantidad de alimento.</b>
<b>- Evitar las dobles texturas con mezcla de líquido y sólidos en un mismo plato: por ejemplo, mezclar sopas con legumbres sin pasar por la batidora, bollos o magdalenas mojadas en la leche.</b>
<b>-Evitar los alimentos que, al masticarlos, desprenden líquido; como por ejemplo: sandía o melón. En lugar de emplear gelatinas, sustituirlo por agua gelificada, ya que esta no se disuelve en la boca.</b>
<b>- Evitar alimentos pegajosos que puedan quedar pegados al paladar porque provocan cansancio.</b>

Fuente de información: Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo.

